

Kunskapsresistens i folkhälsopolitiken

Göran Henriksson

Göran Henriksson, MD, PhD, tidigare samhällsmedicinsk rådgivare,
Västra Götalandsregionen. E-post: goran.henriksson54@gmail.com
DOI: <https://doi.org/10.62607/smt.v103i1-2.65047>

I denna artikel analyseras hur regeringens budgetproposition för 2026 förhåller sig till det övergripande hälsopolitiska målet att "skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation", med fokus på folkhälsopolitik, hushållens ekonomi, arbetsmarknad och utbildning.

Genomgången visar att budgeten i huvudsak saknar en explicit och kunskapsbaserad strategi för att minska ojämlikhet i hälsa. Resultatredovisningen inom folkhälsopolitiken är deskriptiv och bygger på indikatorer vars begränsningar inte problematiseras.

Vidare kritiseras regeringen för att inte ta tillvara den omfattande samhällsmedicinsk och socialepidemiologisk forskning om hälsans sociala bestämningsfaktorer som existerar, liksom rekommendationerna från Kommissionen för jämlik hälsa. Texten argumenterar för att minskade hälsoklyftor kräver långsiktiga åtgärder som förbättrar livsvillkor från barndom till arbetsliv samt en omfördelning av resurser och makt, något som enligt författaren saknas i regeringens politik.

This article analyzes how the government's 2026 budget bill relates to the overarching public health objective, with a focus on public health policy, household finances, the labour market, and education.

The review shows that the budget largely lacks an explicit and evidence-based strategy to reduce health inequalities. The reporting of results within public health policy is primarily descriptive and relies on indicators whose limitations are not critically discussed. The connection to social medicine and social epidemiological research on the social determinants of health is weak. Furthermore, the government is criticized for failing to make use of the extensive research on the social determinants of health, particularly the recommendations of the Commission for Equity in Health. The article argues that reducing health inequalities requires long-term measures that improve living conditions from childhood through working life, as well as a redistribution of resources and power—elements that, according to the author, are largely absent from current government policy.

Sommaren 2018 antog en enig riksdag regeringens proposition *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik* (Prop. 2017/18:249). Det övergripande hälsopolitiska målet beslutades vara att ”skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation”.

Den här texten syftar till att granska på vilka sätt regeringen tänker sig att det övergripande hälsopolitiska målet ska uppnås. Detta sker genom att ta avstamp i regeringens budgetproposition 2026. Eftersom budgeten anger hur statens monetära resurser ska användas för att styra ekonomin och utveckla samhället enligt riksdagens mål förväntar man sig att hitta argumenten för dess prioriteringar.

Budgeten för 2026 omfattar drygt 3000 sidor som innehåller dels själva propositionstexten, dels budgetens fördelning över 27 utgiftsområden. I själva propositionstexten motiverar regeringen varför man fördelat resurserna på det sätt man gjort tillsammans med förslag på lagändringar och författningar som man bedömer vara nödvändiga för implementeringen av budgeten. Under vart och ett av utgiftsområdena redovisar regeringen mer i detalj hur resurserna fördelas inom de olika områdena och motiven för denna fördelning. På grund av omfattningen avgränsas granskningen till några politikområden som vi vet har stor betydelse för utvecklingen av ojämlikheter i hälsa: folkhälsopolitiken, hushållens inkomster, arbetsmarknad och arbetsliv samt skolpolitiken.

Så hur återspeglas då det övergripande hälsopolitiska målet i budgeten? Låt oss börja med folkhälsopolitiken som har ett eget avsnitt under Utgiftsområde 9:4.

Utgiftsområde 9:4 Folkhälsopolitik

Inledningsvis återger regeringen det övergripande målet för folkhälsopolitiken och konstaterar också att de åtta målområdena återspeglar hälsans bestämningsfaktorer. Man följer upp folkhälsopolitiken med ett antal indikatorer:

- medellivslängd
- självskattad hälsa
- förekomst av icke smittsamma sjukdomar (inbegripet psykisk ohälsa)
- förekomst av smittsamma sjukdomar, och
- förekomst av antibiotikaresistenta bakterier och expediering av antibiotika.

Därutöver använder man ett antal indikatorer för att följa upp delmålet om ett samhälle som främjar fysisk aktivitet och bra matvanor samt för uppföljningen av ANDTS, kopplade till målområdet *Levnadsvanor*.

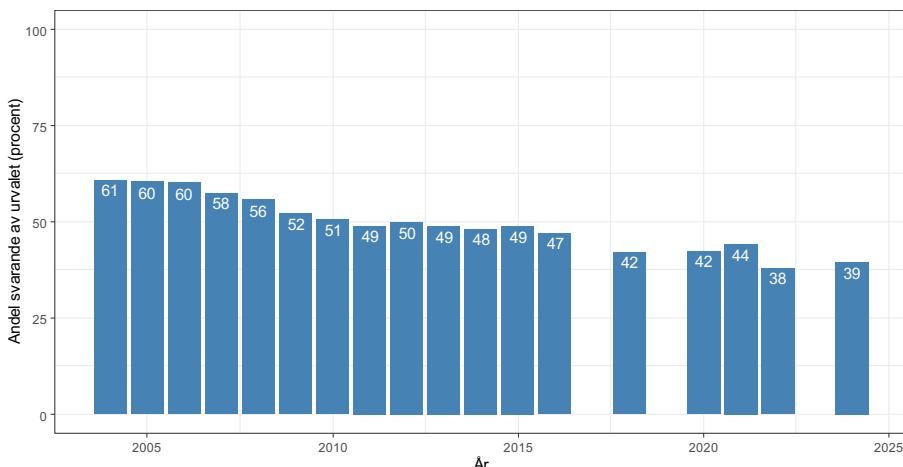
Sedan följer en resultatredovisning baserad på hur indikatorerna har utvecklats över tid. Det är en rent deskriptiv redovisning utan någon diskussion om

vilka mekanismer som kan ligga bakom utvecklingen.

På vilka grunder har man valt just dessa indikatorer? Det framgår inte. Det är anmärkningsvärt då Folkhälsomyndigheten utvecklat en omfattande databas i vilken man redovisar ett stort antal kärnindikatorer organiserade enligt de åtta målområdena, för att följa upp folkhälsopolitiken. Visserligen ingår både medellivslängd och självskattad hälsa bland kärnindikatorerna men mer som generella hälsomått som anger om skillnader ökar eller minskar över tid. Låt oss titta lite närmare på dessa två indikatorer.

Medellivslängd är ett skenbart enkelt utfallsmått, vanligt förekommande, robust och relativt lätt att beräkna. Men det är ett mått som är komplext – det sammanfattar livserfarenheter av betydelse för hälsoutvecklingen för en hel befolkning, från födseln och till slutet. Med andra ord påverkas livslängden av faktorer och förhållanden som kan ligga långt tillbaka i tiden eller som inträffat i närtid och det är svårt att avgöra vad som haft störst betydelse. Medellivslängd säger något väsentligt om hälsosituationen i befolkningen. Men det innebär inte att måttet är relevant för att utvärdera en viss hälsopolitik eller insatser för att minska ojämlikhet i hälsa. På grund av måttets komplexitet kan man inte avgöra om det just är insatserna i regeringens folkhälsopolitik som gör att livslängden ökar eller minskar - det är oklart om förändringarna är kohort- eller periodbaserade, eller både och.

Data till *Självskattad hälsa* hämtas från Nationella folkhälsoenkäten vilken startade 2004 i Folkhälsomyndighetens regi, och genomfördes senast 2024. Svagheten med dessa data ligger i den minskande andelen som besvarat enkäten. I figuren nedan framgår svarsfrekvensen från starten 2004 till 2024.



Figur 1. Svarsfrekvens för den nationella folkhälsoenkäten 2004 – 2024. Andel i procent. Källa: Folkhälsomyndigheten.

Enligt den tekniska rapporten (Statistikens framställning Nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor?”) var dessutom svarsfrekvensen bland de med förgymnasial utbildning 29 procent, bland de med gymnasial utbildning 37 procent och bland de med eftergymnasial utbildning 48 procent. Det stora bortfallet skapar en osäkerhet om hur stora skillnaderna egentligen är mellan olika befolkningsgrupper vilket gör det svårt att använda denna typ av data för att utvärdera insatser inom ramen för folkhälsopolitiken. De befintliga skillnaderna mellan till exempel socioekonomiska grupper som ses i redovisningar från folkhälsoenkäten är påtagliga men sannolikt underskattas de verkliga skillnaderna. Riktas insatser mot mer sårbara grupper blir det svårt att värdera effektiviteten i insatserna om bortfallet är stort.

De övriga indikatorerna som använts för att följa utvecklingen inom politikområdet berör specifika delar av framför allt smittskyddsområdet, förvisso väsentligt för befolkningens hälsa men det är inte dessa sjukdomar som genererar skillnaderna i hälsa inom befolkningen, i synnerhet som redovisningen inte gör någon analys av skillnader mellan samhällsklasser utan belyser geografiska skillnader mellan regionerna.

Regeringen konstaterar att det kvarstår utmaningar med ojämlik hälsa och ökande hälsoskillnader mellan olika grupper men bedömer att förutsättningarna ändå har förbättrats för en god hälsa, bland annat genom insatser för en digital medieanvändning bland barn och unga, att motverka ensamhet, ökat fokus på tvärssektoriella arbetssätt, sociala utfallskontrakt, ökad betoning på Folkhälsomyndighetens stödjande roll i folkhälsopolitiska arbetet samt smittskyddsverksamheten. Men någon utvärdering av om och hur dessa insatser förbättrat förutsättningarna finns inte. Avslutningsvis bedömer regeringen att det behövs fortsatta insatser för att uppnå en god och jämlik hälsa i befolkningen.

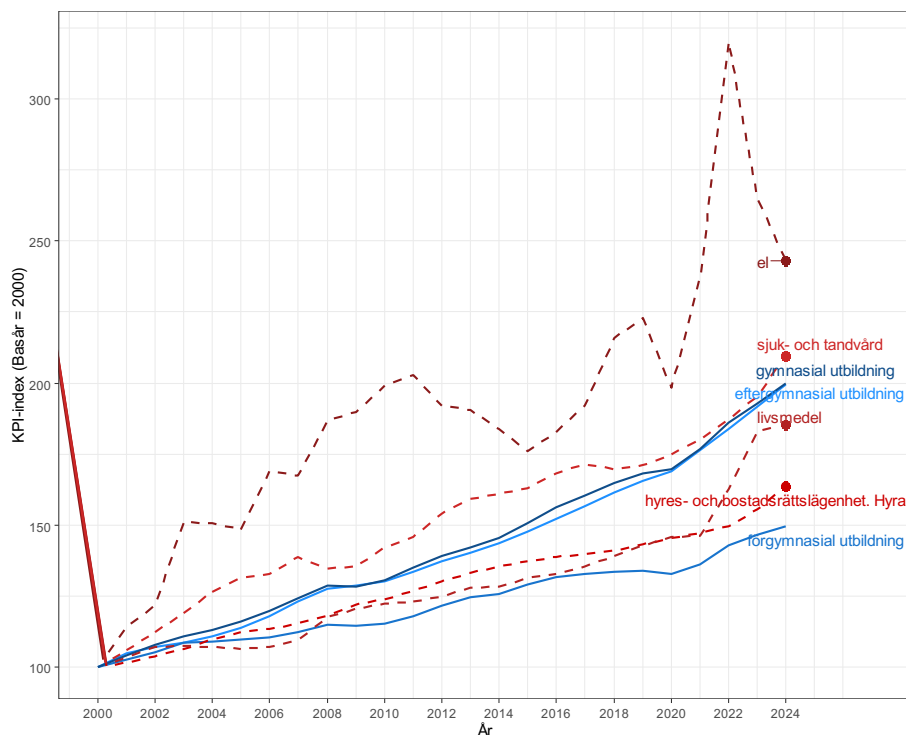
Men det finns inga tankar om vilka strategier som bör präglade folkhälsopolitiken och hur dessa bör resurssättas. Och den som letar efter *vilka* fortsatta insatser som regeringen anser är nödvändiga för måluppfyllelsen, letar förgäves.

Inte heller i avsnittet om ”Politikens inriktning” talar man om de ojämlikheter i hälsa som man säger sig vilja bekämpa. I stället pekar regeringen på Folkhälsomyndighetens roll att i högre grad ”agera samlande, stödjande och pådrivande på folkhälsoområdet”. Här nämns datadrivet beslutsfattande, hälsoekonomiska analyser, utfallsbaserade arbetssätt och finansieringsmodeller, hälsosamma levnadsvanor som prioriterade områden, utan att närmre konkretisera dem eller på vilka sätt dessa områden skulle motverka ojämlikhet i hälsa.

Sammantaget saknas en redovisning av hur folkhälsopolitiken är integrerad i övriga politikområden, hur beslut inom dessa påverkar befolkningens hälsotillstånd och hur hälsa och ohälsa fördelar sig i samhället. Men kanske finns sådan information i andra politikområden. Låt oss titta närmare på vad regeringen tänker om hushållens ekonomi.

Hushållens ekonomi

Familjens inkomster utgör grunden för individens möjligheter att påverka sin livssituation. I den aktuella debatten får vi höra att under de senaste tjugo åren eller så har alla fått det bättre ekonomiskt. Nästan alla har blivit rikare, hävdade till exempel Daniel Waldenström, professor i nationalekonomi, i SVT:s Ekonomibyrån i december 2025. Det här ”nästan alla” döljer att många hushåll på senare tid laggar efter den allmänna kostnadsutvecklingen. Figuren nedan visar hur inkomsterna utvecklats för olika utbildningsgrupper i förhållande till KPI för livsmedel, boendekostnad, sjuk- och tandvård samt el.



Figur 2. Indexerad medelinkomstutveckling per utbildningsgrupp (heldragna blåa linjer) samt KPI (streckade rödbruna linjer) för livsmedel, sjuk- och tandvård, boende och el (indexår = 2000). Källa: SCB och egna beräkningar.

Inkomstgraferna visar den relativa, indexerade, inkomstutvecklingen med år 2000 som indexår. Samtliga utbildningsgrupper ökar förvisso sina inkomster men för gruppen med kort utbildning är ökningen betydligt långsammare än för de båda andra grupperna. Samtidigt ökar kostnaderna för livsmedel, boende, sjuk- och tandvård samt el mer än inkomsten för gruppen med kort utbildning.

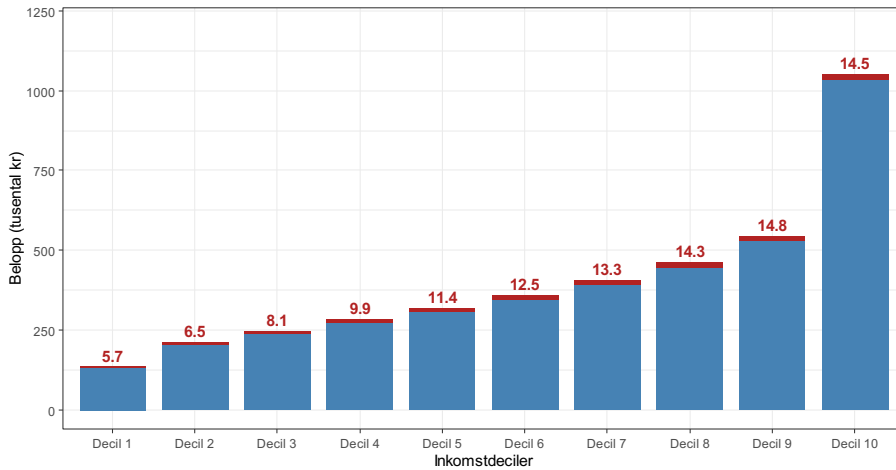
Från slutet av 2010-talet blir glappet dramatiskt där livsmedelskostnaden stiger ordentligt, till skillnad från inkomsten för gruppen med kort utbildning. Det innebär att livsmedlen, boendet, sjuk- och tandvård samt el tar en allt större andel av gruppens inkomst och man kan anta att dessa hushåll får ännu svårare att klara sin vardag ekonomiskt.

Hur har regeringen tänkt här? Det finns inte något dedikerat utgiftsområde för hushållens ekonomi. Däremot återfinns en hel del av regeringens ambitioner i propositionstexten som inleder budgeten.

Under rubriken "Effekter på inkomstfördelningen" aviserar regeringen flera åtgärder vilka förväntas påverka hushållens ekonomi. Förslagen beräknas stärka hushållens disponibla inkomst med 23 miljarder under 2026. Man räknar med att öka de individuella välfärdstjänsternas (dvs. vård, skola och omsorg) omfattning med 9 miljarder 2026, vilket enligt regeringen kan påverka hushållens levnadsvillkor och ekonomi. Regeringskansliet har undersökt fördelningsprofilen med hänsyn till inkomstgrupper och finner att satsningarna tillfaller samtliga inkomstgrupper men bedöms i högre grad gynna individer i den nedre halvan där "behovet och användandet av välfärdstjänster är störst". Exempel på satsningar är jobbskatteavdrag, sänkning av mervärdesskatten på livsmedel, sänkt energiskatt. Dessa insatser förväntas förbättra hushållens ekonomiska standard och köpkraft, procentuellt störst förbättring för hushållen med lägst inkomst. Enligt regeringen kommer låginkomsthushållens ekonomi förbättras med 4,5 procent jämfört med höginkomsthushållen som får nöja sig med en dryg procents förbättring, vilket redovisas i ett stapeldiagram på sidan 54 i propositionstexten. Men nu skapas ju inte välfärd genom procent utan genom kronor och ören och om vi i stället gör om diagrammet baserat på förändring i absoluta tal så framstår regeringens insatser i en helt annan dager.

De 32 miljarder som regeringen satsat har framför allt hamnat i höginkomsthushållen.

Mot den bakgrunden borde satsningarna i budgeten ha inneburit en offensiv omfördelning av de 32 miljarderna till förmån för låginkomsthushållen, i stället för att som nu gynna höginkomsthushållen vilka beräknas få nästan tre gånger större förändring av sin köpkraft och ekonomiska standard jämfört med låginkomsthushållen. I budgeten berömmar regeringen sig för att satsa på "personer i den nedre delen av inkomstfördelningen". Utifrån hur fördelningen ser ut i absoluta tal (figuren nedan) bidrar satsningarna snarast till att öka den ojämlika inkomstfördelningen.



Figur 3. Effekter av hushållens ekonomiska standard och köpkraft 2026 till följd av regeringens åtgärder enligt budgeten. Fördelning per inkomstdecil. De blåa staplarna indikerar medelinkomsten i varje inkomstdecil. De röda markeringarna liksom siffrorna i toppen på staplarna anger beloppet i tusental kronor som tillfaller ett hushåll i respektive decil enligt regeringens kalkyl. Enligt den kalkylen kan ett hushåll med en hushållsinkomst som ryms bland de 10 procent med lägst inkomst räkna med att öka sin inkomst med 5 700 kronor medan motsvarande inkomstökning i ett hushåll bland de 10 procent med högst inkomst, förväntas kunna öka sin inkomst med 14 500 kronor. Källa: SCB, Prop 2025/26:1 och egna beräkningar.

Utgiftsområde 14 - Arbetsmarknad och arbetsliv

Arbetslivspolitik

Att ha ett arbete är en helt central resurs för individen. Förutom att det genererar inkomst ger det även ett socialt sammanhang och status. Men det kan också ha ett pris. Den fysiska *arbetsmiljön* är fortfarande i många fall hälsofarlig, ibland livsfarlig.

I budgeten noterar regeringen att antalet arbetsrelaterade dödsfall har pendlat mellan 40 och 70 per år sedan slutet av 00-talet och att huvuddelen av dödsfallen är män anställda inom branscherna bygg, transport och magasinering. Vidare att antalet anmälda arbetsolyckor med sjukfrånvaro var drygt 40 000 år 2024. Redovisningen är i stort sett deskriptiv utan något försök till analys av bakomliggande orsaker.

Arbetets organisering är enligt forskningen en viktig faktor bakom arbetsjukdom. Ett arbete där arbetaren har höga krav på sig samtidigt med liten makt att påverka sin arbetssituation och där stödet är svagt, är ett arbete med hög risk för arbetsrelaterad stressjukdom. Typiska sådana arbetsmiljöer återfinns inom vård och omsorg, serviceyrken, lager, transport samt i otrygga anställningsförhållanden. Stressrelaterade arbetssjukdomar har särskilt starkt samband med hjärt-kärlsjukdom och psykisk ohälsa (Almroth et al., 2024; Pan et al., 2023).

På *arbetsrättsområdet* lyfter regeringen anställningsformer och noterar att antalet tillsvidareanställda ökat och att antalet visstidsanställda minskat, vilket ses som en följd av lågkonjunkturen. Här finns inget om det ökande antalet otrygga anställningar.

Otrygga anställningsförhållanden har blivit allt vanligare. Sedan 1990-talet har andelen med otrygga anställningar ökat från cirka 10 procent till mellan 14 och 17 procent. Vikariaten, som något tryggare otrygga anställningar, har minskat till förmån för ”behovsanställningar”, där arbetaren inte vet om hen ska arbeta nästa dag och därmed inte heller kan vara säker på hur stor månadslönen blir. Vid 2020-talets inledning utgjorde behovsanställningar omkring 8 procent av alla anställningar (Alfonsson, 2025). Dessa anställningsförhållanden är starkt förknippade med depression och ångest men också med mer fysiskt krävande och tyngre arbete än bland tillsvidareanställda (Rönblad et al., 2019; Thern et al., 2023).

Arbetsmarknaden

Idag omfattar arbetslösheten enligt SCB cirka 9 procent av befolkningen 15-74år (nov 2025). I budgeten slår regeringen fast att arbetslösheten i huvudsak är strukturell, främst kopplat till matchningsproblematik och brist på kompetenser.

Arbetslöshet ökar risken för förtida död, vård på sjukhus och nedsatt hälsa, i synnerhet nedsatt psykisk hälsa (Janlert, 2016). Sambandet kan naturligtvis också gå åt andra hållet, det vill säga individer med kroppslig eller psykisk ohälsa har en högre risk att drabbas av arbetslöshet. Riktningen på sambandet sammanhänger med vilka människor som berörs och vilka hälsoutfall som är i fokus. Sådana ömsesidiga samband indikerar att ojämlik hälsa utvecklas i ett samspel mellan olika centrala resurser i människors liv (SOU 2016:55, 2016).

Tidöregeringens arbetsmarknadspolitik innehåller flera ideologiska spår. Dels ett *marknadsliberalt* där arbetslöshet delvis ses som ett incitamentsproblem, dels ett *konservativt* där arbetet är en moralisk plikt och normerande för samhällsgemenskapen, dels ett *nationalistiskt* spår där det finns en stark koppling mellan arbetsmarknad, migration och nationell sammanhållning.

Den förda politiken har kritiserats starkt, bland annat av Finanspolitiska rådet som menar att arbetsmarknadspolitik saknar långsiktig strategi och ifrågasätter effekter av specifika åtgärder som jobbskatteavdrag och bidragstak. Man fokuserar, enligt rådet, för mycket på incitament istället för att lösa de underliggande problemen såsom matchning och kompetensbrist (*Svensk finanspolitik Finanspolitiska rådets rapport 2024*, 2024). Det förefaller som om regeringen i valet av insatser inte beaktar den kunskap som finns utan istället väljer insatser som bättre passar in i Tidöregeringens förskjutning av politiken i konservativ och nationalistisk riktning oavsett vad aktuell kunskap säger.

Arbetsmarknadens betydelse för hälsoutvecklingen i befolkningen diskuteras överhuvudtaget inte i budgeten. Att den restriktiva, kravbaserade arbetsmarknadspolitiken riskerar att försämma hälsosituationen i hushållen med minst resurser för att påverka sin livssituation, verkar inte bekymra Tidöregeringen.

Utgiftsområde 16 utbildning och universitetsforskning

Detta utgiftsområde omfattar både utbildning och forskning. Vi fokuserar på avsnitt 3 vilket handlar om förskola, grundskola och gymnasieskola.

Resultatindikatorerna består till stor del av utfallen från nationella och internationella prov. Regeringen noterar att de bakgrundsfaktorer som har störst betydelse (dvs starkast statistiskt samband) för behörighet till nationella program i gymnasieskolan, är hur länge eleven gått i svensk skola respektive föräldrars utbildningslängd. Redovisningen av utfallet av indikatorerna är som tidigare deskriptiv utan närmare analys om *varför* de statistiska sambanden uppstår.

I regeringens bedömning av måluppfyllelsen framkommer att den inte är nöjd med skolresultaten men det finns ingen analys av *varför* skolresultaten är sämre än de borde vara.

Beträffande förskolan konstaterar regeringen att de allra flesta barn 1 – 5 år är inskrivna i förskolan. Avsnittet är kortfattat och tar inte upp diskussionen om gruppstorlek och lärartäthet.

Regeringen vill möta ojämlikheterna på skolområdet med ”det största reformpaketet på skolans område på trettio år”. Gemensamt för insatserna är att de samlat ska ge lärare och förskollärare så goda förutsättningar som möjligt att bedriva en undervisning av hög kvalitet i en trygg och säker miljö för barn och elever och där det råder studiero i klassrummet. För att åstadkomma detta tänker man satsa på nya läroplaner, mer tid för lärarnas undervisning, förbättrat stöd och anpassning, ”kunskapsbidrag”, kvalitetshöjande åtgärder, förstärkning av skolforskningsinstitutet, nytt betygssystem, säkerhetshöjande åtgärder, med mera.

Liksom under föregående avsnitt saknas en koppling mellan dessa åtgärder och den forskning som finns beträffande vilka mekanismer som genererar den klasspräglade ojämlikheten bakom skolmisslyckanden vi ser i Sverige.

Förskola och skola är oerhört viktiga som fundament för barnets möjligheter att så småningom påverka sin framtid. Det håller regeringen med om och menar att det är alltför många elever som inte kan läsa, skriva eller räkna ordentligt i Sverige.

Stora delar av reformpaketet är riktade statsbidrag som kräver ansökningar vilket ofta missgynnar kommuner med stora behov men med liten administrativ kapacitet för att söka bidrag. Ojämlika förutsättningar mellan skolor och för elevgrupper inom skolor lämnas i stort sett orörda – ingen reformering av skolvalet eller resursfördelning, friskolesystemets effekter på segregation hanteras inte.

Underfinansieringen av skolan, lärarbrist, stora klasser och arbetsmiljöproblemen adresseras inte annat än indirekt.

En strategi för att motverka skolmisslyckanden måste utöver insatser på skolområdet innehålla insatser som syftar till att motverka negativa effekter av de livsvillkor barnen växer upp i. En helt central komponent är att stödja barns kognitiva utveckling redan mycket tidigt i livet. Här har aktörer som MVC, BVC och inte minst förskolan en viktig roll (Burström et al., 2017), i synnerhet för de barn vars föräldrar av olika skäl har svårare att ge det stöd som barnet skulle behöva för en optimal kognitiv utveckling.

En annan central del är adekvat stöd till nyanlända elever och hens föräldrar eller vårdnadshavare eftersom de ofta kommer sent in i utbildningssystemet och på kortare tid än sina klasskamrater ska hämta in grundskolekompetens samtidigt som de ska lära sig ett nytt språk.

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att tidiga insatser är viktiga för att motverka skolmisslyckanden (Britto et al., 2017). Syftet med sådana insatser är att stödja barnens kognitiva utveckling. Människans kognitiva förmåga grundläggs mycket tidigt i livet. Det är under de första levnadsåren som förutsättningar skapas för lärande, när det centrala nervsystemet utvecklas.

Barnets livsvillkor har stor betydelse för hur den kognitiva förmågan utvecklas (Hackman and Farah, 2009). Forskningen ger idag starkt stöd för att t.ex. familjens ekonomiska villkor i tidig barndom har stor betydelse för barnets skolgång (Lake and Chan, 2015; Shonkoff, 2012). Senare års neurobiologisk forskning har undersökt hur familjens sociala situation påverkar hjärnans utveckling och visar hur erfarenheter som barn har tidigt i livet spelar en viktig roll i utvecklingen av hjärnans arkitektur (Boyce et al., 2020)

Föräldrarnas sociala, ekonomiska och ”pedagogiska” resurser spelar därmed stor roll för hur barnets hjärna utvecklas. När inte dessa är tillräckliga blir det viktigt att det finns andra samhällsreliga resurser som kan kompensera barnets behov.

Mot den bakgrunden är det oroande att se hur kommunerna lämnas i sticket av regeringen som med sitt reformpaket inte alls möter den komplexitet som skolmisslyckanden innebär. Problemen med likvärdighet, resursbrist och konsekvenserna av skolmarknaden kommer inte att lösas med mer ordning, styrning eller ett symboliskt ”kunskapsfokus”.

Diskussion

Thomas Piketty noterar i inledningen av sin bok *Kapitalet och ideologin* att alla ”männsliga samhällen måste rättfärdiga sina ojämlikheter; om inga anledningar till dem hittas, riskerar hela den politiska och sociala ordningen att kollapsa” (Piketty, 2020).

Tidöregeringens sätt att rättfärdiga ojämlikheter i Sverige handlar om att först erkänna dem som ett samhällsproblem som bland annat försämrar hälsa och livsvillkor, hotar social sammanhållning och demokrati och bromsar långsiktig ekonomisk utveckling (Regeringskansliet, 2025), och sedan framhålla betydelsen av arbete, integration och ekonomiska incitament som centrala för att lösa komplexa samhällsproblem. Det är ett retoriskt anslag för att ge sken av att de egna ideologiskt grundade ”lösningarna” minskar orättvisa skillnader när de i själva verket gynnar framför allt högavlönade, ”riktiga” svenskar, särskilt dem som är i arbete.

När det gäller ojämlikhet i hälsa, mer specifikt, gäller fortfarande det övergripande hälsopolitiska målet, ”att skapa jämlika förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation”. Statliga myndigheter med uppgifter eller verksamhet som påverkar folkhälsan ska, enligt regeringen, beakta effekterna på befolkningens hälsa. Detta är beslut som är helt i linje med vad Regeringsformen stadgar. I 1 kap 2 § heter det att:

”Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska det allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa.”

Men knappast något av aktuell kunskap om ojämlikhet i hälsa återspeglas i avsnittet om folkhälsopolitik eller i andra granskade utgiftsområden som påverkar människors livsvillkor. Det leder till att de insatser som presenteras är dåligt underbyggda och knappast kommer att påverka ojämlikhet i hälsa. Detta är anmärkningsvärt, inte minst mot bakgrund av att det finns en gedigen och lätt tillgänglig sammanställning av kunskapsläget i de betänkanden som Kommissionen för jämlik hälsa lagt fram. I slutbetänkandet (SOU 2017:47, 2017) presenterar kommissionen ett antal förslag på hur folkhälsopolitiken, inom en rad olika målområden, bör utformas för att nå det övergripande hälsopolitiska målet. Eftersom ojämlik hälsa uppstår på grund av skillnader i livsvillkor, från födseln och framåt, måste insatserna rikta in sig på att minska skillnader i uppväxtförhållanden, utbildning, arbete, inkomster och boendemiljö. Kommissionens förslag betonade vikten av att ge alla barn en god start genom kraftfulla stödinsatser till familjer, förskola och skola, att skapa mer jämlika utbildningsmöjligheter och underlätta etablering på arbetsmarknaden, samt att minska ekonomisk utsatthet och otrygga anställningar. Vidare lyftes behovet av trygga och hälsofrämjande bostads- och närmiljöer, en mer förebyggande och behovsanpassad hälso- och sjukvård, samt en tydligare politisk styrning där jämlik hälsa in-

tegreras i alla samhällssektorer. Hälsoklyftorna kan minskas genom långsiktiga insatser som stärker jämlikhet under hela livet, från födsel och framåt.

Det hade varit lätt för regeringen att bygga en framgångsrik strategi mot ojämlikhet i hälsa, om den hade velat det. Men regeringen har haft helt andra prioriteringar och folkhälsopolitiken har marginaliserats.

Det vi ser är ännu ett i raden av exempel på kunskapsresistens – en ovilja att dra de politiska slutsatser som forskningen pekar mot. Ohälsa drabbar i större utsträckning människor med arbetar- och lägre tjänstemannabakgrund, med lägre inkomster, sämre arbetsmiljö och anställningsförhållanden och mindre ekonomiska resurser. Att på allvar minska dessa skillnader kräver åtgärder i linje med det Kommissionen för jämlik hälsa indikerat. Men sådana åtgärder kräver också en omfördelning av resurser och makt. Det är känt att kapitalägarintressen har ett oproportionerligt stort inflytande på politikens utformning (Acemoglu and Johnson, 2024; Erikson, 2015; Folke and Rickne, 2025; Guntermann, 2021; Pareliussen et al., 2017). Tidöregeringens budget 2026 sägs vara en ”budget för hårt arbetande människor” men som i praktiken gynnar höginkomsttagare och snarast ökar ojämlikheter i samhället. Det är svårt att frigöra sig från tanken att det retoriska greppet är Tidöregeringens sätt att rättfärdiga de ojämlikheter som annars, enligt Piketty, hotar den politiska och sociala ordningen.

Referenser

- Acemoglu, D., Johnson, S., 2024. Power and progress : our thousand-year struggle over technology and prosperity, Paperback edition. ed. Basic Books, London.
- Alfonsson, J., 2025. Vad hände med arbetarklassen? : om svek, makt och ojämlikhet i Sverige. Arkiv förlag, Lund.
- Almroth, M., Hemmingsson, T., Falkstedt, D., Kjellberg, K., Carlsson, E., Pan, K.-Y., Berglund, K., Thern, E., 2024. The role of working conditions in educational differences in all-cause and ischemic heart disease mortality among Swedish men. *Scand. J. Work. Environ. Health* 50, 300–309. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4158>
- Boyce, T.W., Levitt, P., Martinez, F.D., McEwen, B.S., Shonkoff, J.P., 2020. Genes, Environments, and Time: The Biology of Adversity and Resilience. *Pediatrics* 147, e20201651. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1651>
- Britto, P.R., Lye, S.J., Proulx, K., Yousafzai, A.K., Matthews, S.G., Vaivada, T., Perez-Escamilla, R., Rao, N., Ip, P., Fernald, L., MacMillan, H., Hanson, M., Wachs, T.D., Yao, H., Yoshikawa, H., Cerezo, A., Leckman, J.F., Bhutta, Z.A., Committee, E., 2017. Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet* 389, 91–102. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31390-3)
- Burström, B., Marttila, A., Kulane, A., Lindberg, L., Burström, K., 2017. Practising proportionate universalism – a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden. *BMC Health Serv. Res.* 17, 91. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2038-1>
- Erikson, R.S., 2015. Income Inequality and Policy Responsiveness. <https://doi.org/10.1146/annurev-polisci-020614-094706>
- Folke, O., Rickne, J., 2025. The Class Ceiling in Politics. *Am. Polit. Sci. Rev.* 119, 1375–1392. <https://doi.org/10.1017/S0003055424001011>
- Guntermann, E., 2021. Does economic inequality undermine political equality? Testing two common assumptions. *Elect. Stud.* 69, 102202. <https://doi.org/10.1016/j.electstud.2020.102202>
- Hackman, D.A., Farah, M.J., 2009. Socioeconomic status and the developing brain. *Trends Cogn. Sci.* 13, 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.11.003>

- Janlert, U., 2016. Arbete, arbetslöshet och jämlik hälsa - en kunskapsöversikt.
- Lake, A., Chan, M., 2015. Putting science into practice for early child development. *The Lancet* 385, 1816–1817. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61680-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61680-9)
- Pan, K.-Y., Almroth, M., Nevriana, A., Hemmingsson, T., Kjellberg, K., Falkstedt, D., 2023. Trajectories of psychosocial working conditions and all-cause and cause-specific mortality: a Swedish register-based cohort study. *Scand. J. Work. Environ. Health* 49, 496–505. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4111>
- Pareliussen, J., André, C., Bourrousse, H., Koen, V., 2017. Income, wealth and equal opportunities in Sweden. OECD Econ. Dep. Work. Pap. <https://doi.org/10.1787/e900be20-en>
- Piketty, T., 2020. Kapitalet och ideologin. Mondial, Stockholm.
- Regeringskansliet, 2025. Sveriges genomförande av Agenda 2030 Skr. 2024/25:66.
- Rönblad, T., Grönholm, E., Jonsson, J., Koranyi, I., Orellana, C., Kreshpaj, B., Chen, L., Stockfelt, L., Bodin, T., 2019. Precarious employment and mental health: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Scand. J. Work. Environ. Health* 45, 429–443. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3797>
- Shonkoff, J.P., 2012. Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 109, 17302–17307. <https://doi.org/10.1073/pnas.1121259109>
- SOU 2016:55, 2016. Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete.
- SOU 2017:47, 2017. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Stockholm.
- Svensk finanspolitik Finanspolitiska rådets rapport 2024, 2024. . Finanspolitiska rådet.
- Thern, E., Matilla-Santander, N., Hernando-Rodriguez, J.C., Almroth, M., Bodin, T., 2023. Precarious employment in early adulthood and later mental health problems: a register-linked cohort study. *J. Epidemiol. Community Health* 77, 755–761. <https://doi.org/10.1136/jech-2023-220817>